

267

L'ADENITE RETRO-MASTOIDIENNE ET SOUS-OCCIPITALE

Sa Valeur diagnostique
dans la Syphilis héréditaire du Nourrisson

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Madame Suzanne DELAPLACE

Président: M. MARFAN, Professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel

1923

267

L'ADENITE RETRO-MASTOIDIENNE

(et sous-occipitale)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'ADENITE

RETRO-MASTOÏDIENNE

ET SOUS-OCCIPITALE

Sa Valeur diagnostique
dans la Syphilis héréditaire du Nourrisson

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Madame Suzanne DELAPLACE

Président: M. MARFAN, Professeur

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN M ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANCON.
BRUMPT.
Marcel LABBE.

LECENE.
LETULLE
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBECOURT.

Clinique médicale }

Hygiène et clinique de la première enfance..
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des mala-
dies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Clinique des maladies du système nerveux ..
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale }

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements }

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
De LAPPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN
J.-L. FAURE
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

MM.
DUVOIR
PIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX.
LABBE (Henri)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LARDENNOIS

MM.
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT
RATHERY

MM.
REITERER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ
STROHL
TANON
TERRIEN
VILLARET
TIFFENEAU

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur MARFAN

**Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Commandeur de la Légion d'Honneur**

A M. le Docteur G. BLECHMANN

Ex-Chef de Clinique de l'Hospice des Enfants-Assistés

En témoignage de reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Professeur DELBET

le Professeur MENETRIER

le Professeur SEBILEAU

le Professeur TEISSIER

le Docteur APERT

le Docteur DEMELIN

le Docteur HUDELO

le Docteur LENOIR

le Docteur OMBREDANNE

AVANT-PROPOS

C'est dans le service de M. le professeur MARFAN que nous avons puisé la majeure partie des éléments de ce travail. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre gratitude, et nous le remercions du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Notre reconnaissance s'adresse aussi à M. le docteur G. BLECHMANN, ex-chef de Clinique à l'Hospice des Enfants Assistés, qui nous a suggéré le sujet de notre thèse, et qui nous a permis très obligeamment de mettre à contribution sa grande compétence en médecine infantile.

INTRODUCTION

En France, pays de faible natalité, la protection du nourrisson revêt un caractère de nécessité indispensable. Tous les pédiatres sont d'accord sur ce point qu'avant de prôner les naissances nombreuses, il faut d'abord empêcher la mortalité infantile de décimer les enfants en bas âge.

C'est une notion banale que l'hérédo-syphilis complique le tableau clinique des maladies de la première enfance et ajoute un péril grave à tous les dangers qui guettent le nourrisson. Ce péril est surtout redoutable quand il est ignoré ; le praticien se trouve alors en face d'accidents variés contre lesquels il s'épuise en vaines médications. Mais, si le diagnostic de syphilis a pu être porté à temps, ces symptômes s'effacent rapidement par un traitement spécifique, au grand bénéfice de l'état général.

Tout signe facilitant un diagnostic précoce de l'hérédo-syphilis doit donc être le bienvenu en pédiatrie ; et ce signe sera d'autant plus précieux, quand il permettra de dépister la maladie chez un enfant n'offrant aucune lésion caractéristique.

C'est en juin 1923 que M. G. BLECHMANN et nous-même, avons communiqué à la *Société de Pédiatrie* nos observations d'adénite rétro-mastoïdienne chez les

hérédo-syphilitiques. Nous pensons que ce signe, qui n'a pas encore été décrit, à notre connaissance, peut aider au diagnostic de la spécificité héréditaire, ce qui doit inciter à le rechercher.

Nous serions heureux si ce modeste travail, en indiquant aux praticiens un symptôme nouveau appelant leur attention sur une possibilité d'hérédo-syphilis, contribue pour une part — si infime soit-elle — à cette grande œuvre de défense de l'enfance à laquelle se sont consacrés, avec tant de dévouement et de désintéressement, nos Maîtres en pédiatrie.

APERÇU HISTORIQUE

En juin 1923, M. le docteur G. BLECHMANN et nous-même avons communiqué, à la *Société de Pédiatrie*, des observations d'adénite rétro-mastoïdienne chez les hérédosyphilitiques.

Bien que (en dehors d'une phrase incidente d'Hénoch) nous n'ayons pas eu connaissance dans la littérature médicale, avant notre publication, de recherches systématiques sur les ganglions rétro-mastoïdiens et occipitaux, l'étude des manifestations ganglionnaires chez les enfants remonte pourtant déjà loin.

En 1804, LAMAUVE, dans le supplément au traité « De Mahon » sur la syphilis, signale l'engorgement des ganglions lymphatiques chez les jeunes syphilitiques.

En 1810, BERTIN publie un remarquable travail sur la syphilis des nouveau-nés. Pour lui, des manifestations ganglionnaires peuvent exister indépendamment des lésions cutanées et ne disparaître que sous l'influence du traitement spécifique. Bertin signale que ces intumescences pourraient être confondues avec des « engorgements scrofuleux », mais, dit-il, « la coïncidence de ces engorgements avec d'au-

tres symptômes vénériens, les signes commémoratifs, les effets du traitement, renseigneront sur leur nature ».

HENOCH écrit en 1881 : « On peut souvent constater par un examen attentif, bien que le fait ne soit pas constant, de petits ganglions lymphatiques, gonflés, mobiles, du volume d'un pois ou au plus d'une fève ; parfois isolés derrière l'oreille, à l'extrémité inférieure du bras, parfois agglomérés dans les cordons cervicaux, axillaires, inguinaux. Ces nodosités appartiennent toujours aux manifestations les plus rebelles et persistent même, souvent, longtemps après la guérison de la maladie, ce qui permet certainement de se demander si elles ne constituent pas des complications fortuites de la maladie dépendant d'autres causes ».

D'ailleurs l'origine de ces adénites infantiles était controversée. Par exemple, PARROT, dans une de ses *Cliniques* (1878) soutient que l'adénopathie syphilitique est rare chez les enfants du premier âge et que, en général, l'adénite — chez eux — est toujours consécutive aux lésions cutanées.

SEVESTRE, un peu plus tard, se rallie à l'opinion de Parrot et admet que les pléiades ganglionnaires doivent être rattachées non pas à la syphilis, mais presque toujours à la tuberculose, les deux maladies pouvant d'ailleurs coïncider.

Mais l'idée opposée est soutenue par DOYEN. En 1883, dans une étude « *Sur les altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints*

de syphilis héréditaire », il cite quatre observations où l'on a constaté l'hypertrophie des ganglions périphériques. « Nous accordons, dit-il, aux adénopathies généralisées de la syphilis héréditaire, une existence propre, indépendante des autres manifestations cutanées et viscérales ».

En 1894, POTTIER, dans une thèse fort intéressante, relève 5 cas de syphilis héréditaire avec polyadénopathie périphérique ; il démontre de plus, à l'aide d'inoculations aux cobayes, que ces ganglions n'étaient point d'origine tuberculeuse. D'ailleurs, dans un des cas indiqués, le malade ayant guéri sous l'influence du traitement antisypilitique, les manifestations ganglionnaires disparurent en même temps.

La thèse de Mlle REICHENECKER, inspirée par M. le professeur MARFAN, contient une abondante documentation historique concernant les rapports entre l'hérédo-syphilis et les adénopathies, mais l'auteur ne se place qu'au point de vue particulier de l'adénite sus-épitrochléenne.

Ce rapide exposé montre que le problème des rapports entre l'hérédo-syphilis et la polyadénite infantile reste en suspens : nous espérons contribuer — par ce modeste travail — à lui apporter quelques éclaircissements.

Indiquons d'emblée que le résultat de nos observations semble concorder avec la thèse de Doyen : un lien fréquent existe entre la syphilis héréditaire et les manifestations ganglionnaires chez les enfants du premier âge.

NOTIONS PRELIMINAIRES

SUR LES GANGLIONS RETRO-MASTOÏDIENS

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Les ganglions objets de cette étude sont ceux que l'on peut rencontrer en arrière du massif mastoïdien, mais leur situation est fréquemment aberrante. En effet, ils se rattachent aux deux groupes décrits dans le *Traité d'anatomie* de Poirier, tantôt au groupe des ganglions sous-occipitaux, tantôt au groupe des ganglions mastoïdiens, en sorte qu'on peut les considérer, suivant les cas, soit comme pré-occipitaux, soit comme rétro-mastoïdiens. Généralement, nous emploierons cette dernière appellation, étant bien entendu qu'elle ne préjuge pas une situation invariable.

Nous sommes ainsi conduits à étudier successivement les ganglions occipitaux aussi bien que les ganglions mastoïdiens.

On sait que l'appareil ganglionnaire se trouve à

la jonction de la tête et du cou. De ce collier part, de chaque côté, une chaîne verticale descendante flanquée de plusieurs chaînes secondaires.

Le collier ganglionnaire lui-même est décomposable en un certain nombre de groupes qui sont, d'arrière en avant :

- 1.) Le groupe sous-occipital et les ganglions aberrants de la nuque qui en dépendent ;
- 2.) Le groupe mastoïdien ;
- 3.) Les groupes parotidiens et sous-parotidiens ;
- 4.) Le groupe sous-maxillaire, dont les ganglions faciaux constituent une dépendance ;
- 5.) Les ganglions sous-mentaux ;
- 6.) Les ganglions rétro-pharyngiens qu'on peut rattacher aux groupes précédents.

Nous nous bornons à l'étude des deux premiers groupes.

GANGLIONS SOUS-OCCIPITAUX

Leur nombre varie de 1 à 3, le plus souvent on en observe deux, ils ont une forme circulaire aplatie, la grosseur d'un pois. Ils reposent d'ordinaire sur le grand complexe immédiatement au-dessous de la ligne courbe supérieure de l'occipital, au niveau des insertions du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. Ils sont toujours sous-aponévrotiques.

Leurs lymphatiques afférents proviennent de la partie occipitale du cuir chevelu. Leurs lymphatiques efférents cheminent vers le bas et en avant, soit

au-dessus, soit au-dessous du splénius, et se terminent dans les ganglions les plus élevés du groupe sous-sterno-mastoïdien.

GANGLIONS MASTOÏDIENS

D'après Poirier et Cunéo, ils seraient ordinairement au nombre de deux, « toujours bien visibles chez l'enfant », plus difficiles à découvrir chez l'adulte.

« Ordinairement placés l'un derrière l'autre », ils sont reliés par deux ou trois troncs lymphatiques. Ils sont sous-jacents au bord inférieur du muscle auriculaire postérieur et reposent sur l'insertion mastoïdienne du sterno-mastoïdien auquel ils sont fixés par une mince lamè fibreuse.

Leurs lymphatiques afférents proviennent de la portion temporale du cuir chevelu, de la face interne du pavillon de l'oreille (excepté le lobule) et de la face postérieure du conduit auditif externe.

Les lymphatiques efférents traversent les insertions supérieures du muscle sous-sterno-mastoïdien pour aller se jeter dans les ganglions supérieurs du groupe sous-sterno-mastoïdien. (Certains auteurs placent ces derniers ganglions parmi les mastoïdiens qui sont alors au nombre de 4 à 6.)

Ainsi que nous l'avons indiqué, nous appelons GANGLIONS RÉTRO-MASTOÏDIENS *ceux que l'on perçoit à la palpation superficielle immédiatement derrière la mastoïde.*

Fréquemment l'hypertrophie des ganglions mas-

toïdiens s'accompagne de celle des ganglions occipitaux.

Comme ces deux groupes de ganglions reçoivent des lymphatiques provenant des régions occipitale et temporale du cuir chevelu et de diverses régions de l'appareil auriculaire, il est évident que leur hypertrophie pourra simplement relever d'un état pathologique de leur territoire tributaire.

Toutefois, il ressort de nombreuses observations, les unes prises par nous-même dans le service de M. le professeur Marfan, les autres qui nous ont été aimablement communiquées par M. le docteur G. Blechmann, que l'hypertrophie de ces ganglions n'accompagne pas nécessairement un trouble lésionnel des régions qu'ils desservent. Inversement des lésions cutanées n'entraîne pas toujours l'inflammation des dits ganglions.

Nous n'attachons d'ailleurs de valeur séméiologique à l'intumescence de ces ganglions que s'ils sont de *volume notable* (atteignant au moins celui d'une lentille ou d'un pois).

Nous avons été conduit à nous demander quelle pouvait être la valeur séméiologique de cette hypertrophie lorsqu'on ne pouvait la rapporter à un état pathologique des territoires desservis.

Or, précisément une thèse de Mlle le docteur M. Reichenecker, du service de M. le professeur Marfan, a montré en 1914 que l'adénite sus-épitrochléenne du nourrisson, lorsque sa présence ne s'expliquait pas par des lésions cutanées banales, était un

signe d'hérédosyphilis. Cette thèse d'ailleurs venait confirmer des idées antérieures de plusieurs auteurs : Hochsinger, Heubner, Henoch, Holt et Hess, etc...

Nous avons ainsi eu l'idée de rechercher systématiquement si — chez le nourrisson — une adénite rétro-mastoïdienne (ou sous-occipitale) ne pourrait pas, elle aussi, dans beaucoup de cas, spécialement dans les cas où on ne lui reconnaît pas une cause évidente, être un symptôme d'hérédosyphilis.

Nos observations tendent à prouver qu'en effet, il en est ainsi et que, si chez le nourrisson l'adénite rétro-mastoïdienne ne présente pas de valeur spécifique proprement dite, on peut tout au moins utiliser ce signe comme élément auxiliaire de diagnostic.

RECHERCHE DES GANGLIONS

RETRO-MASTOÏDIENS HYPERTROPHIES

Cette recherche ne présente pas de difficultés ; elle exige cependant, pour être bien faite, une méthode et une certaine pratique, les ganglions de volume moyen pouvant échapper facilement à l'observation.

Voici le *modus operandi* que nous recommandons :

Nous plaçant soit devant, soit derrière le nourrisson, nous prenons sa tête dans les deux mains, les pouces sur la région frontale, tandis qu'avec la pulpe des autres doigts nous explorons la région rétro-mastoïdienne et sous-occipale. Puis, on délimite exactement le ou les ganglions perçus en les saisissant si possible entre le pouce et l'index.

Causes d'erreur. — Une exostose mastoïdienne ou occipale a pu être prise pour un ganglion. Mais, outre qu'une telle exostose est très rare (pour notre part nous n'en avons jamais rencontrée), elle ne présente ni la consistance, ni surtout la mobilité des ganglions rétro-mastoïdiens. On pourrait confondre encore avec un nodule cicatriciel, reliquat d'une pyodermite guérie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les règlements d'autopsie ne nous ont pas laissé la faculté de faire l'anatomie pathologique des ganglions rétro-mastoïdiens. Mais il est logique de penser que ces ganglions doivent réagir comme tous les autres ganglions. Par suite, nous pouvons appliquer aux ganglions rétro-mastoïdiens les renseignements obtenus par les études anatomo-pathologiques faites sur les ganglions au cours de l'hérédo-syphilis, du rachitisme, des infections chroniques gastro-intestinales, etc., etc...

GANGLIONS SYPHILITIKES

Doyen est le premier qui ait fait paraître une étude anatomo-pathologique détaillée des ganglions dans l'hérédo-syphilis. Voici sa description :

« Les voies lymphatiques, à l'intérieur du ganglion, sont généralement dilatées ; dans la substance médullaire leur endothélium est bien visible et semble normal, mais on observe un épaissement de la gaine conjonctive des artérioles.

« Les travées fibreuses dépendant de la capsule des ganglions sont élargies, et l'on remarque de la congestion des capillaires sanguins chargés d'une abondance de globules blancs.

« Les sinus lymphatiques sont bourrés de cellules et laissent à peine entrevoir leur réticulum.

« Les follicules forment de petites masses globuleuses qui se reconnaissent au tassement et au faible diamètre de leurs éléments nucléaires ; ils sont semés de capillaires où prédominent les globules rouges.

« Ces altérations existent au maximum dans les ganglions du foie, de la rate, etc... Les ganglions superficiels sont d'un moindre volume et partant moins altérés. On y remarque une accumulation extrême de cellules lymphatiques. »

Quatorze ans plus tard, en 1907, Arlès écrit dans sa thèse inaugurale :

« Ce qui domine, c'est une sclérose assez accentuée, sclérose capsulaire et trabéculaire. Les travées conjonctives intra-ganglionnaires sont très épaissies, fragmentant pour ainsi dire le ganglion, et cette hypertrophie étouffe le tissu parenchymateux et les centres germinatifs.

« Le ganglion est richement vascularisé.

« Beaucoup de vaisseaux présentent de l'endo et de la périvascularité.

« Les centres germinatifs sont peu nets.

« Pas de cellules géantes, ni de gommes.

« Quelques mastzellen, pas d'éosinophiles, pas de réaction myéloïde. »

GANGLIONS TUBERCULEUX

Nous nous bornerons à résumer très brièvement

la description histologique de Carlès, lequel s'inspire d'ailleurs des travaux plus anciens de Lesage, Pascal et de Pottier.

« Les ganglions de la micropolyadénopathie tuberculeuse peuvent se présenter sous divers aspects :

« a) Macroscopiquement :

« Ils présentent ou ne présentent pas de lésions tuberculeuses.

« b) Microscopiquement :

« 1° Les ganglions ne sont pas tuberculeux ; on y trouve uniquement une sclérose plus ou moins intense.

« 2° Les ganglions présentent des lésions tuberculeuses, cellules géantes, follicules, petits points caséux.

« Très rarement le ganglion est transformé en entier en une masse grisâtre. On n'y trouve ni caverne ganglionnaire, ni calcification. On y découvre le tubercule et le bacille de Koch. »

Pottier, en 1894, a fait l'étude du ganglion pathologique chez les rachitiques, les athrepsiques, dans les cas de toxi-infections gastro-intestinales.

Il a démontré définitivement la nature non tuberculeuse de ces ganglions.

M. le professeur Marfan et M. Morel ont trouvé trois fois du *Bacterium coli* à l'état de pureté dans les ganglions périphériques. Histologiquement la sclérose est toujours plus ou moins apparente.

EN RESUME,

Ce qui domine dans le ganglion des syphilitiques, dans le ganglion de la plupart des tuberculeux, dans le ganglion accompagnant le rachitisme et les affections gastro-intestinales chroniques, c'est le processus ordinaire de réaction de l'organisme en lutte contre les infections ou les intoxications chroniques, c'est-à-dire *le processus de sclérose*.

ESSAI DE PATHOGENIE

Il ne semble pas que l'adénite rétro-mastoïdienne ait jusqu'ici fait l'objet de recherches systématiques. Son étiologie peut relever de causes diverses.

1° Elle peut être due à tout processus d'irritation ou d'infection locale : eczéma séborrhéique, prurigo strophulus, miliaire infectée, pyodermite, impétigo, etc..

Une transpiration un peu abondante pourrait provoquer, chez le nourrisson, une intumescence des ganglions mastoïdiens (Marfan) ; mais, comme nous l'indiquons plus loin, cette transpiration prédominante au niveau de l'occiput est souvent liée à un rachitisme crânien en évolution qui peut être lui-même d'origine syphilitique.

En général, chez l'enfant, les réactions du système lymphatique sont rapides ; à la moindre incitation physiologique, ce système réagit d'une façon beaucoup plus intense que chez l'adulte, soit dans les affections aiguës, soit dans les affections chroniques. C'est pourquoi, il serait excessif de porter aveuglément le diagnostic d'hérédosyphilis à chaque manifestation d'hypertrophie ganglionnaire qui n'a pas fait sa preuve. Cependant, comme le montrent plusieurs de nos observations, nous avons constaté des cas où une inflammation septique de la région n'avait

pas provoqué de réaction ganglionnaire rétro-mastoïdienne (Observations XXXVIII à XL).

2° L'adénite peut être provoquée par la tuberculose. Celle-ci, comme toutes les toxi-infections chroniques, provoque une réaction ganglionnaire. Mais il peut exister des cas avérés de tuberculose (Observations XLI et XLII) sans adénite mastoïdienne ; et bien que nous admettions la possibilité d'une adénite mastoïdienne tuberculeuse, il faut observer que chez les enfants au-dessous d'un an, la tuberculose est rare. Lorsque nos observations ont porté sur des enfants plus âgés, chaque fois que la cuti-réaction a pu être faite, elle s'est montrée négative, ce qui prouve bien que l'adénite constatée ne pouvait être d'origine tuberculeuse.

La cuti-réaction précisera donc le diagnostic des cas où l'adénite mastoïdienne ressortit à la tuberculose.

3° Enfin, et c'est précisément l'objet de notre étude, l'adénite mastoïdienne paraît constituer, dans un certain nombre de cas, un symptôme d'hérédosyphilis.

Ainsi que nous le faisons remarquer, ce sujet n'a pas encore été l'objet de recherches systématiques et nous ne pouvons donc nous baser que sur nos observations personnelles. Elles montrent bien, à notre sens, la fréquence d'un lien causal entre l'adénite mastoïdienne et certaines formes d'hérédosyphilis latente, en particulier celles qui s'accompagnent de manifestations rachitiques, de vomissements habituels, etc...

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'ADENITE RETRO-MASTOÏDIENNE

Pour apprécier la valeur diagnostique d'un symptôme, il faut tenir compte de divers facteurs.

1° Conditions de sa recherche

La recherche des ganglions rétro-mastoïdiens intumescents ne présente aucune difficulté ; elle n'exige que de la méthode.

Comme cette intumescence ne peut guère être confondue — à un examen superficiel — qu'avec une exostose (dont on la différenciera aisément) ou le reliquat d'une pyodermite, les causes d'erreur sont réduites au minimum.

Observons à ce propos que chez l'enfant, tous les ganglions superficiels ont communément la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil ; normalement, la palpation ne peut les découvrir, mais précisément ils ne présentent de valeur diagnostique que lorsque leur hypertrophie les rend assez aisément perceptibles. Nous le répétons ici, nous n'avons considéré comme hypertrophiés que les ganglions dont le volume atteignait au moins celui d'une lentille ou d'un pois.

2° Spécificité

Nos recherches nous ont montré que l'adénite rétro-mastoïdienne n'existe pas chez un certain nombre d'hérédosyphilitiques. Inversement, elle se présente chez des enfants n'étant certainement pas syphilitiques.

Cette adénite n'est donc pas un symptôme spécifique de syphilis.

3° Fréquence

D'après nos observations et d'après les recherches que nous avons faites à l'Hospice des Enfants assistés, il nous est difficile actuellement d'établir une statistique. Ce point exige des recherches complémentaires. Mais nous avons l'impression que si cette adénite était systématiquement recherchée, soit à l'hôpital, soit dans la pratique de la ville, sa fréquence serait assez élevée.

L'adénite rétro-mastoïdienne se rencontre donc assez fréquemment dans l'hérédosyphilis du nourrisson ; mais comme elle fait défaut assez fréquemment aussi, son absence ne fait pas rejeter le diagnostic de syphilis.

4° Conditions d'apparition

Nous ne pouvons établir actuellement de corrélation certaine entre l'adénite mastoïdienne et le degré de gravité de la syphilis concomitante.

D'après nos observations, cette adénite appaît-

trait dans toute une série de cas où la syphilis héréditaire se traduit par des accidents torpides. La maladie semble en quelque sorte « dégradée » et le plus souvent l'adénite s'accompagne de symptômes assez frustes d'hérédo-syphilis.

C'est ainsi que nous désirons insister sur un point qui nous paraît important : les nourrissons porteurs d'une adénite mastoïdienne présentent fréquemment la maladie des vomissements habituels. Or, c'est un fait bien mis en évidence — et récemment encore — par M. le professeur Marfan, que ces vomissements habituels sont très souvent un symptôme d'hérédo-syphilis. Cette coïncidence frappante vient ainsi corroborer nos propres observations pour montrer toute l'importance sémiologique des ganglions mastoïdiens.

Enfin, la présence d'une adénite sus-épitrochléenne bilatérale, sans être un signe pathognomonique d'hérédo-syphilis, est considérée cependant comme un indice d'une certaine valeur ; or, nous avons noté dans la plupart des cas que nous avons observés, la simultanéité des adénites mastoïdienne et sus-épitrochléenne.

L'adénite rétro-mastoïdienne s'ajoute donc à l'adénite sus-épitrochléenne et à la maladie des vomissements habituels pour constituer un syndrome qui doit évoquer l'hérédo-syphilis. La présence de ce syndrome ne donne pas la certitude que l'hérédo-syphilis est en cause, mais elle doit éveiller l'attention du praticien et l'inciter à rechercher systémati-

quement s'il ne se trouve pas en face de syphilis héréditaire.

Dans certains cas, l'adénite rétro-mastoïdienne et sous-occipale s'observe chez des nourrissons qui présentent une transpiration abondante prédominant au niveau de la nuque, telle parfois que l'oreiller est trempé par la sueur. Faut-il admettre dans ces cas que l'adénite est la conséquence indirecte de cette transpiration anormale, soit par une infection se faisant par l'intermédiaire des glandes sudoripares (miliaire, etc...), soit par un processus étiologique commun.

D'après nos observations, cette sudation excessive est surtout l'apanage du rachitisme et plus particulièrement du rachitisme à prédominance crânienne, c'est-à-dire de celui qui se traduit par une saillie exagérée des bosses frontales et pariétales, une fontanelle très large, de l'hydrocéphalie rachitique, et du cranio-tabes. Or, ce rachitisme prédominant sur le crâne est, comme l'a montré le professeur Marfan, un rachitisme précoce et on doit, dans ces cas, l'imputer habituellement à la syphilis héréditaire. Chez ces malades, on constate souvent l'hypertrophie de la rate, de l'intumescence du cercle amygdalien de Waldeyer et des ganglions lymphatiques. C'est pourquoi il nous paraît légitime, dans une certaine mesure, de rapporter à la même origine l'adénite rétro-mastoïdienne survenant chez de tels malades.

En résumé, l'adénite rétro-mastoïdienne est donc souvent un symptôme associé. Ce symptôme, lors-

qu'il est reconnu, doit faire rechercher d'autres signes de certitude ou de probabilité de syphilis héréditaire.

5° Diagnostic étiologique par l'allure et par l'évolution

Une différence assez nette paraît exister entre l'adénite de cause locale et l'adénite hérédo-syphilitique. En effet, dans le premier cas, l'hypertrophie peut être très apparente, mais cède assez rapidement au traitement topique et ne conserve plus qu'un volume assez minime. Au contraire, dans le second cas, le volume des ganglions ne diminue que très lentement et l'hypertrophie peut persister longtemps après l'instauration du traitement spécifique.

Ajoutons que les adénopathies relevant de l'hérédo-syphilis semblent se distinguer des adénopathies consécutives à l'irritation des réseaux cutanés et des hypertrophies ganglionnaires de la tuberculose, par le volume plus petit dans celle-là des ganglions malades, l'absence d'adhérences cutanées et de tendance à la suppuration.

CONCLUSIONS

La facilité avec laquelle on peut déceler l'adénite rétro-mastoïdienne en fait un symptôme clinique de valeur pratique non négligeable.

Dans la clientèle de ville en particulier, il est exceptionnel que l'on se trouve en présence d'une syphilis héréditaire avec des signes de certitude tels que des

syphilides ou la maladie de Parrot ; la séro-réaction est le plus souvent impossible à pratiquer. Habituellement, il s'agit de formes atténuées ou latentes où la recherche de signes de probabilité faite à l'insu de l'entourage permet de rapporter à sa véritable cause une croissance insuffisante, un rachitisme crânien inexpliqué, etc... Dans cette catégorie de signes rentre le symptôme que nous décrivons.

CONCLUSIONS

I. — L'adénite rétro-mastoïdienne rentre dans la polyadénite généralisée de l'enfant.

Elle peut indiquer :

1° La réaction à un processus local : eczéma séborrhéique simple ou infecté, prurigo strophulus, pyodermite, impétigo, etc...

2° La tuberculose. Mais la tuberculose est rare chez les enfants au-dessous d'un an ; la cuti-réaction permettra de préciser le diagnostic, et nous avons indiqué de nombreux cas où l'adénite rétro-mastoïdienne coïncidait avec une cuti-réaction négative.

3° La syphilis héréditaire. Dans ce cas, l'adénite rétro-mastoïdienne paraît beaucoup plus persistante que dans le cas où elle est liée à un état pathologique local.

Si cette adénite se voit fréquemment chez des enfants présentant du rachitisme à prédominance crânienne (cranio-tabes) et s'accompagnant d'hypertrophie des organes lymphoïdes, cela ne saurait faire rejeter la syphilis ; au contraire, car cette forme d'ostéo-lymphatisme paraît propre au rachitisme d'origine syphilitique (Marfan).

Ainsi, quand l'adénite rétro-mastoïdienne ne peut être rapportée ni à un processus local ni à la tuberculose, elle devra faire soupçonner l'hérédosyphilis.

II. — L'adénite rétro-mastoïdienne n'est pas un *symptôme spécifique* d'hérédosyphilis ; elle n'entraîne point, par sa seule présence, le diagnostic de syphilis.

2° Elle n'est pas constante ; son absence ne doit donc pas faire rejeter le diagnostic de syphilis.

3° L'adénite rétro-mastoïdienne est suffisamment fréquente dans l'hérédosyphilis pour qu'il soit indiqué de la rechercher. On ne l'observe guère chez les enfants au-dessus de 2 ans.

Sa valeur diagnostique, *en l'absence d'un processus infectieux local*, est d'autant plus grande qu'il s'agit d'enfants plus jeunes, puisque dans ce dernier cas, elle n'est que rarement liée à la tuberculose.

III. — Fréquemment, l'adénite rétro-mastoïdienne s'accompagne d'une adénite sus-épitrochléenne.

Le plus souvent aussi, on l'observe chez des nourrissons présentant la maladie des vomissements habituels, dont M. le professeur Marfan a démontré toute l'importance comme signe d'hérédosyphilis.

Ces trois symptômes associés : adénite rétro-mastoïdienne, adénite sus-épitrochléenne, maladie des vomissements habituels, peuvent être les seuls stig-

mates révélant l'imprégnation de l'organisme par le tréponème.

En résumé,

L'adénite rétro-mastoïdienne n'est pas un signe pathognomonique, mais un symptôme auxiliaire qui peut mettre, dans certains cas, sur la piste de la syphilis héréditaire et qui doit inciter à la rechercher.

OBSERVATIONS JUSTIFICATIVES

GROUPE I. — Cas où la syphilis héréditaire paraît évidente ou probable et s'accompagne d'adénite rétro-mastoïdienne (ou sous-occipitale).

Observation I

Antécédents + Syphilides à l'âge de 6 semaines ; splénomégalie; adénite S.E. et R.M. (1).

D... P., enfant âgé de 9 mois

Antécédents : La mère a un Bordet-Wassermann positif. A l'âge de 6 semaines l'enfant a présenté une éruption maculeuse et circonscrite sur les jambes et les cuisses ; quelques éléments croûteux au niveau du cuir chevelu. *Ganglion sus-épitrochléen.*

L'enfant a présenté par la suite une splénomégalie avec microadénopathie axillaire accentuée.

Ganglions rétro-mastoïdiens bilatéraux.

Gros ganglion inguinal à droite.

Ramollissement de l'écaille occipitale à droite.

L'enfant est envoyé aux Enfants Assistés. Après une série de douze injections, l'état général devient très satisfaisant et il ne persiste plus que de la micropolyadénie.

Observation II

Vomissements habituels ; léger sarcocèle ; adénite S. E. et R. M.

G... S., enfant né à terme

Examiné à l'âge de un mois et de 10 mois 1/2.

Cet enfant nourri aussi bien au sein qu'à l'allaitement artificiel a été un vomisseur.

Présente un petit ganglion sus-épitrochléen du côté droit et un ganglion rétro-mastoïdien du côté gauche.

Le testicule gauche est un peu plus gros que le droit.

La sœur de cet enfant actuellement âgée de 3 ans a présenté du rachitisme et un ganglion sus-épitrochléen du côté droit.

On a commencé un traitement mercuriel.

(1) S. E. = Sus-épitrochléenne ; R. M. = Rétro-mastoïdienne.

Observation III

*Débilité congénitale ; végétations adénoïdes précoces ;
adénite R.M. Anémie.*

C... A., enfant né à terme. Poids de naissance : 1.500 gr.

Examiné à l'âge de 11 mois.

A été nourri au sein, puis au biberon (lait condensé) ; a présenté des troubles digestifs.

Végétations adénoïdes probables. L'enfant est d'une pâleur cireuse. Il présente des *ganglions rétro-mastoïdiens et occipitaux*.

Observation IV

*Malformations congénitales (thorax en carène, hernie diaphragmatique) ; rachitisme à prédominance crânienne.
Anémie. Adénite sous-occipitale.*

B. H. — Examiné pour la première fois à l'âge de 22 mois. A présenté des phénomènes anormaux dus à une hernie diaphragmatique, avec accès de suffocation.

Malformation congénitale : aplatissement des gouttières latérales avec thorax en carène.

Actuellement, la fontanelle est largement ouverte ; petit rachitisme cranien. Présente des *ganglions occipitaux*. *Anémie*.

Amélioration très marquée de l'état général par le *traitement mercuriel*.

Observation V

Vomissements habituels ; accès cyanotiques, adénite R.M. et S.E.

C... R. Enfant né à terme pesant 3 kil. 450

Il a été sevré à 4 semaines, présente la *maladie des vomissements habituels*.

A 6 semaines, l'enfant pesait 3 kil. 750.

Il présente des petits accès cyanotiques.

Ganglions sus-épitrochléen et rétro-mastoïdien.

Observation VI

Débilité congénitale, croissance arrêtée, cris et insomnie habituels. Adénite R.M., Réaction de Bordet-Wassermann positive. Amélioration par le traitement spécifique.

F... D. Antécédents : Parents asthéniques, névropathes,

amaigris, accouchement prématuré d'un enfant macéré de 7 mois. Bordet-Wassermann des parents négatif. Cependant on essaie de traiter la mère pendant la 2^e grossesse, mais le traitement est mal supporté. L'enfant est né quelques jours avant terme, pesant 2 kg 650, et a présenté la fièvre transitoire des nouveau-nés.

La croissance est à peu près normale jusqu'à 5 mois 1/2 ; l'enfant est nourri au sein. Examen alors négatif en dehors d'une fontanelle un peu large.

A partir de cette époque, sans raison appréciable, la croissance s'est à peu près arrêtée, sans troubles digestifs. En 3 mois 1/2, l'enfant ne prend que 700 gr. On constate à l'âge de 9 mois (6 kil.) que l'enfant présente des *ganglions occipitaux et rétro-mastoïdiens* tout à fait nets.

Une réaction de Bordet-Wassermann faite par M. Tulasne est faiblement positive. L'enfant devient irritable, insomniaque, en excitation perpétuelle.

Le poids reste stationnaire pendant plusieurs mois. Traitement : Hg et As combinés.

A la suite du traitement arsenical, reprise de poids ; la séro-réaction devient négative. Persistance des ganglions rétro-mastoïdiens.

L'enfant est en voie d'amélioration nette, aucun signe en dehors des ganglions rétro-mastoïdiens ne permet de décélérer la spécificité.

Observation VII

*Naissance avant terme. Croissance insuffisante. Adénite R.M.
Amélioration par le traitement mercuriel.*

B... R. Enfant né avant terme, pesant 2 kil. 500

Examiné pour la première fois à l'âge de 4 mois ; pesait alors 3 kil. 750.

Il présente un kyste spermatique droit. La fontanelle postérieure est mal fermée ; saillie des bosses pariétales. *Ganglion rétro-mastoïdien.*

L'état de l'enfant s'est par la suite très sensiblement amélioré par le traitement mercuriel.

A l'âge de 17 mois, l'enfant pesait 11 kil 680.

Il a présenté une fois des convulsions.

L'enfant conserve une polyadénite rétro-mastoïdiennē et cervicale.

Il n'a jamais présenté ni séborrhée, ni impétigo, ni eczéma.

Observation VIII

Antécédents + Naissance avant terme. Croissance insuffisante, strabisme interne. Adénite R.M. et S.E.

L... J. Enfant né avant terme à huit mois $1/2$, pesant 2 kil. 500.

A présenté un léger ictère du nouveau-né.

Antécédents : Syphilis paternelle traitée avant la naissance de l'enfant. Le père aurait eu aussi de la dysenterie et du paludisme.

Examiné pour la première fois à l'âge de 13 mois, nourri au lait homogénéisé, l'enfant pèse à peine 8 kil.

Il présente du strabisme interne, un ostéolymphatisme léger.

Ganglion sus-épitrochléen à droite. Ganglions sous-occipitaux et rétro-mastoïdiens à gauche.

Il s'agit dans ce cas d'antécédents spécifiques avérés.

Observation IX

Vomissements habituels. Adénite R.M. et S.E. Amélioration par le traitement mercuriel

F... P. Pas d'antécédents.

Enfant née à terme pesant 3 kil. ; a présenté de l'ictère des nouveau-nés qui a duré trois semaines. Nourrie au sein, maladie des vomissements habituels à forme grave. A l'âge de deux mois pèse 3 kil. 400. Ganglion sus-épitrochléen gauche et pré-mastoïdien. Présente un kyste du canal de Nuck. L'enfant a été améliorée par le traitement spécifique (Frictions mercurielles).

Observation X

Antécédents + Nutrition insuffisante, anorexie, adénite R.M., Amélioration par le traitement mercuriel

G... F.

Antécédents. — Père syphilitique ayant eu un Bordet-

Wassermann positif avant la naissance du dernier enfant qui est né à terme.

Poids de naissance 3 kil. 350. L'enfant a mal pris le sein dès le début : il a présenté du coryza pendant 20 jours.

A l'âge de 2 mois 1/2, l'enfant pesait 4 kil. 400.

Présente un teint pâle, une nutrition insuffisante, une fontanelle très large, saillie marquée des bosses frontales. *Ganglions rétro-mastoïdiens latéraux*, pas de ganglion sus-épi-trochléen. Anorexie.

L'enfant a fait, par la suite, de l'eczéma de la face non infecté, postérieur, à l'adénite rétro-mastoïdienne.

L'enfant a commencé à prendre du poids et son état s'est amélioré à la suite de *frictions mercurielles*

Observation XI

Deux frères rachitiques (sans troubles digestifs) dont l'un avec adénite R.M. et S.E. ; une 3^e enfant avec adénite R.M.

I. — A 26 mois. Rachitisme : testicules hypertrophiés avec intumescence plus marquée d'un côté.

II. — Examiné à l'âge de 8 mois. Gros enfant : 9 kil. 850. Pâle, présente des *ganglions cervicaux, rétro-mastoïdiens et sus-épi-trochléens droits*. Gros bourrelet sus-malléolaire.

Par la suite l'enfant a fait de très grosses déformations rachitiques.

Amélioration par le traitement antirachitique et antisiphilitique.

III. — Née à terme pesant 5 kil. 460. A trois mois, pesait 7 kil. 400. Belle enfant, un peu pâle ; saillie appréciable des bosses pariétales.

Amygdales un peu grosses.

Ganglions rétro-mastoïdiens bilatéraux.

En résumé, les trois enfants ont été nourris à l'allaitement mixte et n'ont présenté aucun trouble digestif. Les deux aînés ont fait du rachitisme et le dernier a fait précocement des *ganglions rétro-mastoïdiens*.

Observation XII

Myxœdème léger, rachitisme, adénite R.M. Amélioration par le traitement antisiphilitique et thyroïdien.

H. . C., enfant née à terme pesant 3 kil.

Pas d'antécédents. Examinée pour la première fois à l'âge de 14 mois. Enfant dormant mal, ne marche pas encore.

Elle présente un facies un peu myxœdémateux, une fontanelle largement ouverte, des bosses frontales assez saillantes, une voûte ogivale, des amygdales un peu volumineuses, un petit chapelet costal, des bourrelets sus-malléolaires.

Un ganglion rétro-mastoïdien.

L'enfant est remarquablement amélioré par le traitement antirachitique, antispécifique et thyroïdien.

Observation XIII

Vomissements habituels, hypothrepsie, saillie marquée des veines craniennes, polyadénopathie généralisée (R.M., etc.), puis craniotabes. Amélioration très marquée par le traitement mercuriel.

D... H Pas d'antécédents. Enfant né à terme, pesant 3 kil. 750.

A l'âge de 8 jours, a présenté de l'œdème des mains, des vomissements habituels très marqués. L'enfant ronfle et dort la bouche ouverte.

Examiné à 3 mois 7 jours, l'enfant pèse 3 kil. 800.

L'enfant présente une hypothrepsie du 2^e degré avancée ; saillies marquée des veines épicroraniennes.

Tous les ganglions accessibles à l'exploration sont augmentés de volume, ganglions inguinaux, axillaires, cervicaux, occipitaux, rétro-mastoïdiens.

Par la suite, l'enfant a cessé de vomir après un traitement de trente frictions d'onguent napolitain. Les vomissements habituels avaient duré près de 6 mois.

Après la 3^e série de frictions mercurielles l'enfant a augmenté de 260 gr. en 5 jours. A 8 mois, il pèse 7 kil. 450, ne vomit pas. L'enfant continue à ronfler et à dormir la bouche ouverte, très agité pendant le sommeil, et nerveux à l'état de veille. Apparition de craniotabès bilatéraux. *Persistance des ganglions occipitaux et rétro-mastoïdiens.*

Observation XIV

*Naissance avant terme, hypothrepsie. Adénite R.M.,
Amélioration sans traitement spécifique.*

P... J. Enfant née avant terme pesant 2 kil. 900.

A présenté une crise de convulsions à un mois, une autre à quatre mois.

Examinée par M. le Professeur Marfan pour toux bilobale.

A l'âge de 6 mois, l'enfant ne pèse que 4 kil. 590.

La fontanelle antérieure est large ; très léger chapelet costal ; foie perceptible ; *ganglions occipitaux et rétro-mastoïdiens*.

L'enfant, revue par la suite, présentait de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, de l'eczéma sec du front et des joues.

On a noté une amélioration de l'état de l'enfant avec la réglementation des tétées, sans traitement spécifique.

Observation XV

Rachitisme avec prédominance crânienne. Hydrocéphalie.

Adénite R.M.

S... D. Enfant né à terme. Pas d'antécédents.

Examiné pour la première fois à 5 mois, pèse 6 kil. 350.

L'enfant est à l'allaitement artificiel, il a un teint pâle ; il présente de l'ostéolymphatisme à prédominance crânienne avec hydrocéphalie rachitique et saillie des bosses frontales, saillie des veines épicroaniennes. *Ganglion rétro-mastoïdien à droite*.

Il présente un rachitisme léger : bourrelet sus-malléolaire ; chaperet costal.

Le foie est perceptible.

Observation XVI

Enfant querelleur, insomniaque ; rachitisme ancien.

Adénite R.M. et S.E.

B... J. Enfant né à terme.

Examiné à l'âge de 4 ans 1/2 pour état névropathique.

Antécédents : Le père présenterait une déformation thoracique et une cardiopathie rhumatismale.

A eu sa première dent à 17 mois. A marché à 17 mois.

L'enfant présente des traces de rachitisme ancien : incurvation légère du tibia, traces de bourrelet sus-malléolaire. Déformation thoracique. Gros ventre flasque. Il ronfle et dort la bouche ouverte. Présente des crises d'anorexie.

Ganglion sus-épitrochléen du côté gauche. Ganglion rétro-mastoïdien à droite.

Pas de signe d'adénopathie trachéo-bronchique.

L'enfant présente un état névropathique marqué ; il est querelleur, méchant, absent par instant. Il a des insomnies et des cauchemars. L'enfant n'a pu être amélioré par le gardénal ; on doit le revoir pour un traitement spécifique.

Observation XVII

Anémie. Rachitisme à prédominance crânienne. Rate accessible. Adénite R.M., Amélioration par traitement antisyphilitique

W... J. Pas d'antécédents.

Enfant née à terme, pesant 3 kil. 125. Nourrie au sein, a eu une croissance normale jusqu'à 6 mois.

A cette époque, l'enfant présente une légère exoglossie, un début de rachitisme à prédominance crânienne, avec saillie des bosses frontales, une fontanelle antérieure large, une fontanelle postérieure mal ossifiée, un peu de ramollissement de l'écaïlle occipitale droite, un chapelet costal, des bourrelets sus-malléolaires. La rate est accessible.

Ganglions rétro-mastoïdiens.

L'enfant ne s'assoit pas encore.

A 17 mois, l'enfant pèse 9 kil. 200 ; la croissance en poids est nulle.

Par la suite, l'enfant a continué à faire du rachitisme accompagné d'anémie.

On a obtenu une amélioration par le traitement antirachitique et antispécifique.

Observation XVIII

Vomissements habituels. Rachitisme très marqué. Rate grosse. Adénite occipitale, S.E., etc.

S... O. Enfant née à terme. Nourrie au sein.

Examinée pour la première fois à l'âge de 2 mois 1/2.

L'enfant vomit depuis la naissance et présente de la diarrhée commune des enfants au sein.

Hypothrepsie au début. L'enfant a été rapidement améliorée en restant au sein et par le traitement antiémétique et antidiarrhéique.

Or, revue à 16 mois, l'enfant, dont la nutrition est parfaite (10 kil., 12 dents), présente un ostéolymphatisme très

marqué : gros épaississement des épiphyses radiales et péronéo-tibiales, genuvarum, chapelet costal, léger craniotabès unilatéral. Le ventre est flasque.

Il existe de la *micropolyadénite* : ganglions carotidiens, occipitaux, double ganglion sus-épitrochléen.

Les amygdales sont un peu augmentées de volume.

On sent très nettement le pôle inférieur de la rate.

A signaler 4 autres enfants.

Un aîné plus âgé de 7 ans qui a eu de bonne heure de grosses amygdales et des végétations.

Deux jumelles (2 kil. 800 - 2 kil. 900) dont l'une présente du strabisme interne et l'autre précocement de grosses amygdales.

Les deux jumelles sont de 4 ans plus âgées que la dernière.

Un 3^e enfant de 2 ans plus âgé ne pesait que 2 kil. 500 à la naissance.

Observation XIX

Pâleur et gros foie. Adénite S.E., cervicales, R.M., etc.

Bons effets du traitement mercuriel

P... B., Pas d'antécédents.

Enfant né à terme, pesant 3 kil. 650, a présenté de l'ictère des nouveau-nés.

Pendant les premiers mois à partir du sevrage et bien que l'enfant n'ait présenté aucun trouble digestif, il était anorexique, pâle avec un début de rachitisme, le foie débordant largement les fausses côtes.

L'état de l'enfant a été sensiblement amélioré par des doses continues et réfractées de calomel. A l'âge de 22 mois, l'enfant présente une taille et un poids *au-dessus* de la normale, mais il est pâle et présente de la micropolyadénite : ganglion sus-épitrochléen gauche, semis de ganglions en grains de plomb dans la région cervicale droite, *gros ganglions rétro-mastoïdien et pré-occipitaux*.

L'enfant n'a jamais présenté de lésion anormale du cuir chevelu et ne transpire pas de la tête.

Observation XX

Anorexie. Foie et rate augmentés de volume. Adénite R.M.

R... R.

5^e enfant. Pas d'antécédents. Né à terme, pesant 3 kil. 500. A présenté de l'ictère des nouveau-nés. Sevré à l'âge de trois semaines. Examiné à l'âge de 2 mois, pèse 4 kil. 230. Il a un teint terreux, un peu de saillie des bosses pariétales. L'enfant ronfle un peu.

Ganglion rétro-mastôidien prédominant à droite. Le foie est un peu gros, la rate légèrement accessible. L'enfant est revu parce qu'il présente de l'anorexie sans troubles digestifs. Cette anorexie s'est aggravée par la suite et l'enfant présente par instants, un véritable état syncopal.

Observation XXI

Convulsions précoces. Facies mongoloïde. Adénite rétro-occipitale. Action favorable du traitement mercuriel.

S... S.

Antécédents : Deux grossesses normales, une fausse couche de deux mois 1/2 dans l'intervalle.

Enfant né à terme pesant 3 kil. 500. Nourri au sein.

A 2 mois et à 3 mois, ébauches convulsives qui se sont reproduites par la suite.

A 6 mois, l'enfant pèse 7 kil. Il ronfle parfois et dort la bouche ouverte. Il présente un facies mongoloïde, les axes oculaires très légèrement déviés en haut et en dehors, un peu d'exoglossie.

Ganglion rétro-occipitaux, déformation rachitique du thorax.

Le traitement mercuriel a eu une action favorable sur les convulsions.

Observation XXII

Craniolabes bilatéral. Adénite R.M., Amélioration par le traitement arsenical.

C... G.

Enfant née à terme pesant 3 kil. Nourrie au biberon. Examinée à l'âge de trois mois. L'enfant présente du cra-

notables unilatéral et les veines épicroaniennes sont très développées ; une hernie ; une adénopathie généralisée : *ganglions rétro-mastoïdiens*.

La surface de la langue est décapillée par places.

Le traitement spécifique institué, on remarque une amélioration de l'état général, après 12 injections de novar sous-cutanées.

Observation XXIII

Pâleur, vomissements habituels, adénite R.M. bilatérale.

Amélioration rapide par le traitement mercuriel.

L... G. Enfant né à terme, pesant 4 kil. 150

Examiné pour la première fois à 4 mois, pèse 4 kil. 600.

L'enfant est très pâle, *c'est un vomisseur habituel*. Il refuse le sein. M. MARFAN a ordonné le lactate d'hydrargyre.

Adénite bilatérale aux confins de la région occipitale et rétro-mastoïdienne. Pas de ganglion sus-épitrochléen. On accroche la rate.

Avec le traitement spécifique, l'enfant a grossi de 370 grammes en 8 jours.

Observation XXIV

Vomissements habituels, rachitisme à prédominance crânienne.

Adénite R. M., S.E., etc.

L... R.

Enfant né à terme pesant 4 kil. Examiné pour la première fois à 2 mois et 10 jours.

L'enfant présente des bosses frontales et occipitales très proéminentes ; la fontanelle antérieure est très large ; la fontanelle postérieure n'est pas encore ossifiée ; il transpire beaucoup de la tête.

C'est un *grand vomisseur*. Il a une tendance au ventre étalé et présente de la micropolyadénie : ganglion rétro-auriculaire bilatéral (pré-mastoidien), *ganglions rétro-mastoïdiens et pré-occipital bilatéraux*, très petits ganglions cervicaux, ganglion sus-épitrochléen bilatéral.

L'enfant a été mis au traitement hydrargyrique.

Observation XXV

Naissance avant terme, débilité congénitale, début de rachitisme crânien, souffle au niveau de l'artère pulmonaire ; accès cyanotiques ; adénite R.M., Amélioration par le traitement mercuriel.

L... L.

Enfant né avant terme à 8 mois, pesant 2 kil. 300. Nourri au sein jusqu'à 6 semaines.

Examiné à l'âge de 2 mois 12 jours.

L'enfant présente de la diarrhée ; il a une double hernie. Il a un teint pâle, terreux : hypothermie du 2° degré.

Les bosses frontales et pariétales sont saillantes ; la fontanelle est large, le ventre est ballonné.

Lorsque l'enfant crie, il se cyanose légèrement ; il a un gros souffle holosystolique qui siège au niveau de l'artère pulmonaire.

Le 15 février 1923, l'enfant a fait 2 fois un accès de cyanose suivi d'état syncopal.

Ganglions rétro-mastoïdiens bilatéraux.

On a constaté une amélioration de l'état et un meilleur aspect général après un traitement au lactate d'hydrargyre.

Observation XXVI

Naissance avant terme. Vomissements habituels, saillie des veines crâniennes. Adénite R.M. et S.E.

S... A.

Enfant né 3 semaines avant terme, pesant 2 kil. 700.

A eu le muguet 15 jours après sa naissance. Examiné pour la première fois à l'âge de 1 mois 22 jours.

L'enfant présente une hypothermie du premier degré avancé. Saillie des bosses frontales et des veines épicroïennes. C'est un vomisseur habituel. Petit ganglion rétro-mastoïdien et sus-épirochléen.

Observation XXVII

Craniotabes. Adénite R. M. Amélioration très marquée par le traitement spécifique.

M... H.

Enfant assistée. Poids de naissance (P).

20 mars 1923. Obstruction nasale, craniotabes bilatéraux. Saillie des bosses frontales et des veines épicroaniennes ; fontanelle large. Micropolyadénie inguinale, axillaire, cervicale.

Ganglions rétro-mastoïdiens et occipitaux.

On a institué le traitement spécifique depuis deux mois, l'enfant a gagné 200 gr. par semaine, son état général s'est amélioré.

Observation XXVIII

Convulsions, rachitisme, rate perceptible, coryza chronique. Adénite R.M. Amélioration marquée par le traitement mercuriel.

C... R.

Enfant assisté. Poids de naissance (P).

A 4 mois 1/2, l'enfant pèse 4 kil. 670 ; présente une hypothyroïdisme du premier degré ; bosses pariétales saillantes.

Ganglions sus-épitrochléens bilatéraux, ganglions rétro-mastoïdiens. La rate est perceptible ; coryza chronique.

Le 10 mai. La fontanelle est largement ouverte, chapelet costal.

A 1 an, l'enfant présente des convulsions ; il a de grosses amygdales.

Le 17 mai. Il pèse 10 kil. 600 ; l'enfant a été mis au traitement spécifique ; après 6 séries de frictions mercurielles, on note un très bon état général ; les ganglions rétro-mastoïdiens sont à peine perceptibles.

Observation XXIX

Rachitisme très marqué ; grosse rate ; petite adénite R.M.

J... M.

Enfant âgé de 19 mois.

Pas d'antécédents.

La cuti-réaction est négative.

La fontanelle est encore ouverte.

L'enfant présente : du rachitisme des clavicules, une déformation du thorax considérable sans chapelet costal ; du genu-varum.

Le ventre est gros et flasque. La rate est grosse et dure. Il a une cyphose réductible.

GROUPE II. — Dans les neuf observations suivantes, l'adénite mastoïdienne et occipitale est nette, mais étant donné la présence d'un état infectieux local, l'adénite semble ne devoir être interprétée que comme réaction au processus infectieux.

Observation XXX

J... F.

Antécédents : Père malade à Salonique, céphalées fréquentes.

Enfant née à terme pesant 2 kil. 500. Examinée pour la première fois à l'âge de 19 mois $1/2$, ne pèse que 9 kil. 300.

Nutrition peu satisfaisante.

L'enfant présente une saillie des bosses frontales ; les veines temporales sont très marquées, surtout à gauche ; la mère en aurait fait la remarque dès le début de la vie.

Micropolyadénie cervicale et *rétro-occipitale*. Ganglion sus-épitrochléen. Foie hypertrophié.

L'enfant a fait des poussées fréquentes de *prurigo-strophulus*.

Observation XXXI

Débilité congénitale, rachitisme à prédominance crânienne, adénite R.M., miliaire rouge. Amélioration par le traitement mercuriel.

P... S.

Enfant née à terme, pesant 2 kil. 500.

Antécédents : La mère présente des glandes cervicales dès l'âge de 4 mois. L'enfant est à l'allaitement mixte. Elle présente : Une fontanelle largement ouverte avec retard de fermeture de la suture métopique, un léger craniotabes, un chapelet costal, les épiphyses sont grosses ; bourrelets sus-malléolaires. Hypotonie rachitique avec gros ventre flasque.

Revue 10 mois après, le 9 mars 1922 ; ne marche pas ; *miliaire rouge prurigineuse*.

Le 22 juin 1922. La fontanelle est toujours largement ouverte, l'enfant ne marche pas encore, elle a 8 dents.

Ganglions rétro-mastoïdiens.

L'enfant a été traitée par des frictions mercurielles qui ont amené une amélioration de l'état général.

Observation XXXII

Rachitisme à prédominance crânienne. Adénite R.M et S.E, etc. pyodermites et érythèmes. Amélioration par le traitement mercuriel.

D... M.

Enfant assistée, née à terme, pesant 2 kil. 960.

Examinée pour la première fois à l'âge de trois semaines.

Pèse 2 kil. 860 : rien aux différents organes.

Vers l'âge de 3 mois, début de rachitisme, voûte ogivale. A 6 mois, craniotabes, chapelet costal. A 8 mois, visage un peu aplati, exoglossie. A 1 an, l'enfant présente un rachitisme très marqué, la fontanelle est très largement ouverte ; micro-polyadénie (ganglions sus-épitrochléens, rétro-mastoïdiens, occipitaux.)

A fait fréquemment des érythèmes, pyodermites, miliaires.

L'enfant a été très améliorée par le traitement mercuriel.

Observation XXXIII

E... C.

Enfant examiné à l'âge de 18 mois avec un prurigo strophulus en pleine évolution, même sur la face.

Ganglions rétro-mastoïdiens bilatéraux, un peu de saillie des bosses frontales et pariétales. Pas de ganglion sus-épitrochléen. Dans ce cas, aucun signe permettant de penser à la syphilis.

Les ganglions rétro-mastoïdiens sont probablement en rapport avec l'éruption de prurigo strophulus.

Observation XXXIV

M... Y.

Enfant née avant terme (2°).

Examinée à l'âge de 6 semaines. A présenté de l'ictère des nouveau-nés prolongé. La fontanelle postérieure est mal fermée. La rate est perceptible.

Ganglions rétro-mastoïdiens, mais l'enfant présente de l'*intertrigo rétro-auriculaire*.

L'enfant est revue à l'âge de 21 mois 1/2. Elle pèse 10 kg. 750. Elle a présenté de la diarrhée commune (allaitement mixte jusqu'à 1 an). Actuellement, signes marqués d'ostéolymphatisme avec bourrelets sus-malléolaire ; gros ventre flasque trilobé.

Les ganglions rétro-mastoïdiens persistent, sans qu'il subsiste aucune lésion régionale.

L'origine des ganglions reste douteuse, bien qu'un traitement spécifique plusieurs fois répété ait paru bien faire..

Observation XXXV

R... A.

Antécédents : Grossesse gémellaire. Accouchement à 7 mois et demi.

Un jumeau mort de convulsions, à 10 mois.

Le 3^e enfant est amené à l'âge de 6 mois pour hypothyroïdisme. Il pèse 5 kilos. (Allaitement mixte.)

Depuis la naissance, il présente un *eczéma séborrhéique* intense de la face et du cuir chevelu.

En dehors d'une saillie marquée des bosses craniennes, l'enfant présente un squelette normal : les *ganglions rétro-mastoïdiens et occipitaux* sont volumineux. Ils peuvent être attribués au processus infectieux local.

Observation XXXVI

D... D.

Enfant né avant terme à 8 mois. A présenté de l'ictère des nouveau-nés. Ronfle depuis l'âge de 15 jours. Depuis l'âge de 4 mois, anorexie assez marquée et l'enfant s'est sevré progressivement. A 19 mois, il pèse 8 kil. 600 ; l'inappétence est persistante.

Il vient d'avoir la *varicelle* et présente des *ganglions rétro-occipitaux*, qu'on peut attribuer à la maladie récente.

Observation XXXVII

P... J.

Examinée à l'âge de 11 mois, pèse 7 kil. 050. D'abord

allaitement mixte pendant 15 jours, puis allaitement artificiel.

Elle présente de *l'eczéma* de la face, se propageant au cou ; quelques éléments sur les bras.

Pas de ganglions sus-épitrochléens, quelques *ganglions sous-occipitaux*.

L'enfant présente un peu de rachitisme, une fontanelle large, un chapelet costal, des bourrelets sus-malléolaires.

Dans ce cas, les causes de l'adénite rétro-occipitale sont complexes.

GROUPE III. — Observations d'infection régionale sans réaction notable des ganglions rétro-mastoldiens ou sous-occipitaux.

Observation XXXVIII

P... A.

Enfant âgé de 1 an.

Antécédents syphilitiques, mais l'enfant ne présente aucun stigmate. Cuti-réaction négative. On a traité l'enfant par des injections de novar, et par du lactate d'hydrargyre.

Il présente du rachitisme à prédominance costale et mal-léolaire.

L'enfant est atteint de *pyodermite généralisée* ; cependant il ne présente aucune réaction ganglionnaire rétro-mastoldienne ou autre.

Observation XXXIX

A... G.

Enfant de 8 mois. Présente un *eczéma séborrhéique* déjà ancien de la face, des tempes, de la région occipitale. Pas de ganglion rétro-mastoldien, un *tout petit* ganglion rétro-occipital à gauche.

On aurait pu s'attendre ici à la présence de ganglions, à cause du processus local. Or, on n'observe pas d'adénite.

Observation XL

Enfant assisté, 2 mois.

Erysipèle serpigineux, scrotum, lombes, cuisses, face et cuir chevelu).

Pas d'adénite inguinale, absence d'adénite rétro-mastoldienne et sous-occipitale.

**GROUPE IV. — Tuberculose du nourrisson. Absence
de ganglions rétro-mastoïdiens**

Observation XLI

Tuberculose à l'âge d'un an ; polyadénopathie très marquée,

MAIS ABSENCE D'ADENITES S.E. et R.M.

B... A.

Enfant âgé de 1 an.

Pas d'antécédents sauf une broncho-pneumonie à l'âge de 3 mois.

L'enfant est amené à la consultation pour une micropolyadénopathie et des écoulements d'oreille.

La rate n'est pas perceptible.

La cuti-réaction est positive.

A l'examen on constate de multiples tumeurs ganglionnaires :

Gros ganglions de l'aîne à droite.

Ganglions axillaires bilatéraux.

Pas de ganglion sus-épitrochléen.

Gros ganglions cervicaux bilatéraux.

Gros ganglions occipitaux.

Pas de ganglion rétro-mastoïdien.

L'enfant présente un rachitisme assez marqué ; pas de craniotabes.

Le fait intéressant ici est que la tuberculose a entraîné une polyadénite presque générale sauf précisément en ce qui concerne les ganglions sus-épitrochléens et rétro-mastoïdiens.

Observation XLII

L... H.

Enfant âgé de 2 ans 1/2.

Pas d'antécédents. Pesait à la naissance 3 kil. 170. Ménin-gite tuberculeuse après coqueluche. *Cuti-réaction positive.*

L'analyse microscopique du liquide céphalo-rachidien dé-cèle de la lymphocytose et de l'albumine.

Pas de ganglion rétro-mastoïdien, ni occipitaux.

Nous remarquons à nouveau que la tuberculose, pas plus qu'un état infectieux local, n'entraîne nécessairement une réac-tion ganglionnaire.

Vu : Le Président de Thèse,
MARFAN.

Vu : Le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BLECHMANN (G) et Mme DELAPLACE (S). — L'adénite rétro-mastoïdienne (et sous-occipitale). Sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourrisson. (*Société de Pédiatrie*, 19 juin 1923.)
- CARLES. — La micropolyadénopathie périphérique généralisée dans l'hérédo-syphilis. (*Thèse*, Bordeaux, 1907.)
- DOYEN. — Les altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. (*Archives générales de médecine*, 1883.)
- HENOCH. — Leçons cliniques sur la maladie des enfants, 1881 (Manifestations ganglionnaires de la syphilis héréditaire). (2^e édition, p. 75, traduct. française, p. 64.)
- LESAGE et PASCAL. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Polyadénie généralisée primitive. (*Archives générales de médecine*, 1893.)
- MARFAN (A.-B.). — Art. rachitisme. In *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, de Gilbert et Thoinot.
- Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons. Les signes cliniques de certitude. (*La Presse Médicale*, n° 33, 25 avril 1923.)
- Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons. Signes cliniques de probabilité. La réaction de Wassermann. (*La Presse Médicale*, n° 36, 5 mai 1923.)
- POIRIER ET CHARPY. — (*Traité d'anatomie humaine*, T. II). Les lymphatiques (Poirier et Cunéo), pages 1268 et suiv.
- POTTIER. — Polyadénite chronique périphérique chez les enfants (*Thèse* Paris, 1894.)
- Mlle M. REICHENECKER. — L'adénite sus-épitrochléenne. Sa valeur diagnostique dans la syphilis héréditaire du nourrisson et de l'enfant. (*Thèse*, Paris, 1914.)

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	13
Aperçu historique	15
Notions préliminaires sur les ganglions rétro-mastoïdiens (Anatomie et Physiologie) ..	19
Recherche des ganglions rétro-mastoïdiens hypertrophiés	24
Anatomie pathologique	25
Essai de pathogénie	29
Valeur diagnostique de l'adénite rétro-mastoïdienne	31
1) Conditions de sa recherche.	
2) Spécificité.	
3) Fréquence.	
4) Conditions d'apparition.	
5) Diagnostic étiologique par l'allure et par l'évolution.	
CONCLUSIONS	37
OBSERVATIONS	40
BIBLIOGRAPHIE	59

Les Presses Universitaires de France. — PARIS



